

Intensivvårdssjuksköterskans dokumentation av postoperativt illamående och kräkning

FÖRFATTARE

Nathalie Engebretsen

Caroline Green

PROGRAM

**Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning mot intensivvård,
60 högskolepoäng**

KURS

**Examensarbete i omvårdnad med
inriktning mot intensivvård
VT 2014**

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Åsa Axelsson

EXAMINATOR

Axel Wolf

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin

Titel:

Intensivvårdssjuksköterskans dokumentation av
postoperativt illamående och kräkning



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Title:	Critical care nurses' documentation of postoperative nausea and vomiting
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård
Kursbeteckning:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård OM5330
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	17 sidor
Författare:	Nathalie Engebretsen Caroline Green
Handledare:	Åsa Axelsson
Examinator:	Axel Wolf

SAMMANFATTNING

Introduktion: Postoperativt illamående och kräkning, PONV (Postoperative Nausea and Vomiting) är en av de vanligaste förekommande biverkningarna postoperativt vilket drabbar cirka en tredjedel av alla opererade patienter. Det är inte bara obehagligt för patienten utan kan även orsaka medicinska komplikationer. Tidigare forskning har konstaterat att illamående och kräkningar är undermåligt dokumenterade i journalerna. Dokumentation medvetandegör problem, utvärderar effekt av insatt åtgärd, utvecklar patientvården samt är betydelsefull i forskningssyfte.

Syfte: Syftet med denna studie är att undersöka dokumentation av PONV i patientjournalen samt samstämmigheten mellan intensivvårdssjuksköterskans dokumentation och patientens erfarenhet av PONV.

Metod: Mixed methods med deskriptiv kvantitativ design användes i denna tvärsnittstudie. Data inhämtades från patientjournalen och jämfördes med självrapporterad data från patienter.

Resultat: Resultatet visade att dokumentation om PONV, oavsett om deltagarna erfor PONV eller inte, saknades i 55 % av alla patientjournaler. Hälften av deltagarna som erfor PONV uppmärksammades på den postoperativa enheten.

Slutsats: Dokumentationen om förekomsten av PONV är bristande och bör prioriteras eftersom det främjar kvalitetsarbete och behandling av PONV.

ABSTRACT

Introduction: Postoperative nausea and vomiting (PONV) is one of the most frequent side effects which affects a third of all surgical patients. It is not only uncomfortable for the patient but can also cause medical complications. Previous research has shown a lack of documentation in nausea and vomiting in the health records. Documentation highlights patient issues, evaluates the impact of treatment, develops patient care and is important for research purposes.

Aim: The aim of this study was to examine the documentation of PONV in the patient record and the coherence between the intensive care nurses' records and the patient experience of PONV.

Method: Mixed methods with descriptive quantitative was used in this cross-sectional study. Documentation from the patients' record was compared with data regarding patient's subjective experience regarding PONV.

The results showed that documentation of PONV was missing in 55% of all patient records, regardless the patient experienced PONV or not. The intensive care nurses observed 50 % of the participants who experienced PONV at the postoperative unit.

Conclusion: The documentation of the occurrence of PONV is insufficient and needs to be improved to encourage the quality and treatment of PONV.

Keywords : PONV (Postoperative Nausea and Vomiting), documentation, comfort, post operative unit, critical care nurse, patient safety

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
Tidigare forskning	1
Riskfaktorer	1
Fysiologi	2
Läkemedelsbehandling	3
Omvårdnadsåtgärder	3
Dokumentation	3
TEORETISK REFERNSRAM	4
Kolcabas komfortteori	4
Omvårdnadsdiagnoser	4
Problemformulering	5
SYFTE	6
METOD	6
Design	6
Urval	6
Datainsamling	6
Dataanalys	7
Pilotstudie	7
Forskningsetiska överväganden	8

RESULTAT	9
Förekomst av PONV (Postoperative Nausea and Vomiting)	9
Dokumentation av PONV (Postoperative Nausea and Vomiting)	10
Förebyggande av PONV (Postoperative Nausea and Vomiting)	11
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
Slutsats och implikationer	14
REFERENSER	15

BILAGOR

- 1 Datainsamlingsformulär**
- 2 Sammanställning av studiedeltagare**
- 3 Informationsbrev till vårdenhetschefer**
- 4 Forskningspersonsinformation**
- 5 Reviderat datainsamlingsformulär**

INLEDNING

Postoperativt illamående och kräkning, PONV (postoperative nausea and vomiting) är en av de vanligaste förekommande biverkningarna postoperativt (1). Av alla patienter som opereras världen över, drabbas cirka en tredjedel av PONV (2-6). Huvuddelen av illamåendet uppkommer under första dygnet efter operation men de flesta besvärar av PONV inom de två första timmarna (7). Bland riskpatienter som inte erhållit antiemetisk profylax är frekvensen så hög som 70-80% (6, 8). Postoperativt illamående är inte bara obehagligt för patienten utan det kan även orsaka problem som blödning, ökat tryck på sår suturer vid kräkning, dehydrering, elektrolytrubbningar samt öka risken för aspirationspneumoni (9, 10). Förutom medicinska komplikationer är PONV något som majoriteten av alla patienter fruktar inför en operation (1, 11). De patienter som tidigare haft besvär av PONV är oroliga att uppleva det igen (12) och det indikerar att patienter i större utsträckning fruktar illamående och kräkning mer än smärta (13). Ur samhällekoniskt perspektiv innebär det ökade kostnader eftersom längre tid på postoperativ enhet krävs och därmed förlängd sjukhusvistelse (13, 14). Studier från olika delar av världen visar att antalet patienter som efter kirurgi återinläggs på grund av svårbehandlat illamående och kräkningar är över 10 % (12, 15-18).

TIDIGARE FORSKNING

Risikfaktorer

Forskning visar att riskfaktorer för att drabbas av postoperativt illamående och kräkning är kvinnligt kön (1, 5, 8, 19-22), åksjuka eller tidigare förekomst av PONV (1, 5, 8, 19-22) icke-rökare (1, 5, 8, 19, 21, 22), postoperativ administrering av opioider (19, 22), gasanestesi (1, 20, 22, 23), lång anestestid (5, 19, 21, 22) samt yngre patienter (20-22). Flera studier påvisar riskfaktorer som kirurgiska ingrepp och till exempel bukkirurgi kan öka förekomsten av illamående och kräkning (3, 5, 6, 20-22, 24). I litteraturen indelas postoperativt illamående och kräkning i olika tidsperioder, bland annat tidig PONV som uppträder 2-6 timmar efter kirurgi vilken oftast uppkommer på den postoperativa enheten. Sen PONV uppkommer 6-24 timmar efter operation. Den fördröjda formen kallas i litteraturen oftast PDNV (postdischarge nausea and vomiting) och uppkommer mer än 24 timmar efter operationen (23).

Riskbedömningsskalor för att uppskatta risken för PONV har under en längre tid använts vid preoperativa bedömningar (3, 5, 23, 25). Två välkända riskbedömningsskalor för vuxna är konstruerade av Apfel och Koivuranta. Koivurantas skala mäter fem riskfaktorer, kvinnligt kön, åksjuka, tidigare PONV, icke-rökare, operationstid (5). Apfel-skalan (som bygger på Koivurantas) mäter fyra riskfaktorer, kvinnligt kön, tidigare åksjuka eller PONV, icke-rökare samt postoperativ administrering av opioider (8). Följaktligen bedöms vilka insatser i form av läkemedel som patienten bör erhålla pre- och perioperativt för att förebygga PONV.

Fysiologi

Illamående och kräkning skyddar i normala fall kroppen mot förgiftning. Illamåendet uppkommer när receptorer i mag- och tarmkanalen aktiveras eller när toxiner i blodbanan aktiverar kemoreceptorer i hjärnstammen (kemoreceptortriggerzonen). När signaler från kemoreceptortriggerzonen går till hjärnbarken kan det upplevas som illamående eller kräkningar. Ändpunkten från kranialnerverna i samma del av hjärnstammen stimulerar även till illamående (26).

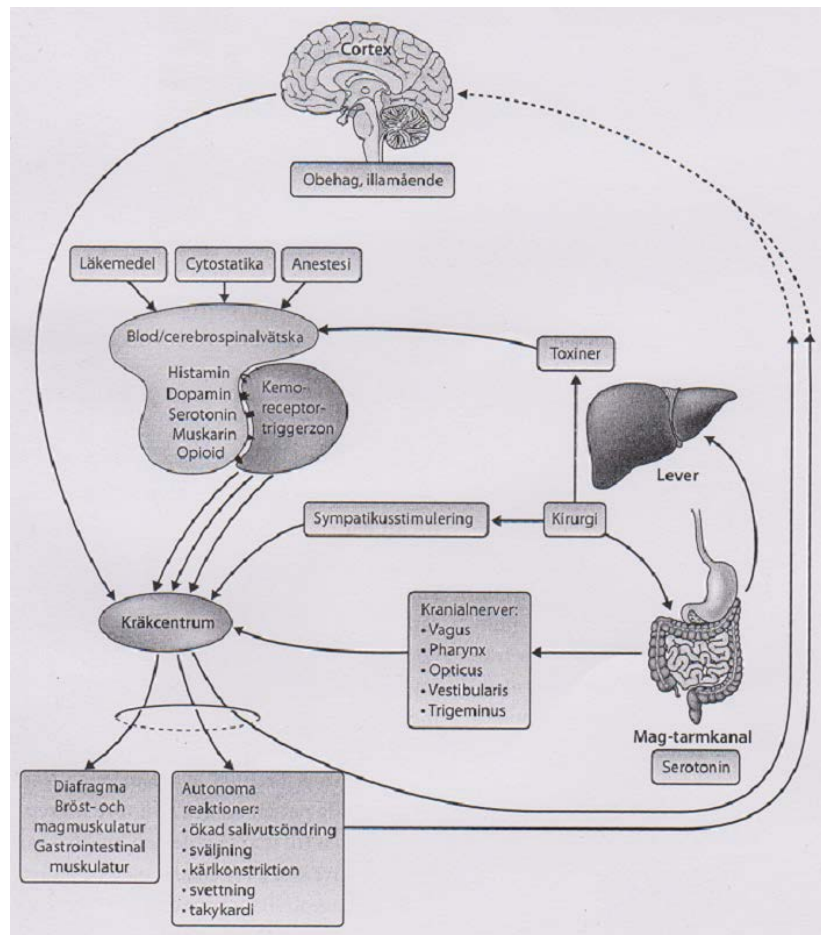


Fig. 1 Illamående och kräkningar i den postoperativa fasen. Hämtad från (26) s. 118

Kräkcentrum befinner sig bakom fjärde ventrikeln i Medulla Oblongata och när stimuli där överstiger en viss tröskel utlöses en emetisk respons. Reaktioner från autonoma nervsystemet leder till svettning, takykardi, kärlkonstriktion, ökad salivutsöndring och sväljning. Muskelaktiviteten i diafragma, torax, buk, mag- och tarmkanal samordnas. Stimuli till kräkcentrum kommer bland annat via storhjärnbarken, kranialnerv, sympatiska nervsystemet och kemoreceptortriggerzonen. Hjärnbarken tolkar stimulin via syn, lukt och erfarenhet för subjektiv registrering av illamående. Kemoreceptortriggerzonen befinner sig i fjärde ventrikeln, i anknytning till kräkcentrum och kranialnervernas kärnor. Det här området är rikligt vaskulariserat och har därmed mer permeabla kapillärer än hjärnan. Därmed påverkas området lätt av läkemedel, katekolaminer och toxiner i blod samt cerebrospinalvätska. Kräkcentrum kan även påverkas av specifika serotonin-, dopamin- och

histaminreceptorer samt även av kolinerga receptorer i det här området (26). Aktivering av inblandade receptorer har en betydande roll för framkallande av postoperativt illamående och kräkning (10).

Läkemedelsbehandling

För att behandla och förebygga postoperativt illamående administreras bland annat 5-HT₃ receptorantagonister som verkar på serotoninreceptorn. Ondansetron är en 5-HT₃ receptorantagonist och är i en klass för sig jämfört med andra antiemetika vilken har en större effekt mot kräkning än mot illamående.

NK-1 receptorantagonisten Aprepitant gav liknande effekt som Ondansetron, ingen kräkning och inget behov av ytterligare antiemetika, 24 timmar efter kirurgin. Aprepitant var signifikant mer effektiv på att förebygga kräkning 24 och 48 timmar efter kirurgin samt reducerade illamående de första 48 timmarna efter kirurgin.

Kortikosteroiden Dexametason förebygger effektivt illamående och kräkning postoperativt och rekommenderas efter anestesistart istället för i slutet av kirurgin. Läkemedlet administreras profylaktiskt mot PONV och har likartad effekt som Ondansetron och Droperidol (Butyrofenonderivat) samt ökar kvalitén på återhämtning genom att reducera illamående, smärta och trötthet (22).

Omvårdnadsåtgärder

Akupunktur och neuromuskulär stimulering kan i ett tidigt postoperativt stadiet minska risken för PONV. Dehydrering kan öka risken för PONV samtidigt som det finns evidens för att förebygga PONV genom adekvat vätsketillförsel intravenöst (22).

Dokumentation

Tidigare forskning har konstaterat att illamående och kräkningar är bristfälligt dokumenterat i journalerna på den postoperativa enheten (4, 23, 24, 27). En av studierna visade att dokumentation om PONV upptäcktes endast i 42 % av fallen vilket skulle kunna tyda på att patienterna inte får behandling mot illamående (4). Sjuksköterskan kan motverka illamående men dokumenterar inte alltid den utförda åtgärden i patientens journal (27, 28).

Dokumentation kan synliggöra hur patienterna mår postoperativt samt öka kvalitén på patientens operationsupplevelse (24). Enligt patientdatalagen är syftet med att föra patientjournal att bidra till en god och säker vård för patienten. Journalföringen är ett arbetsredskap för bland annat den patientansvariga sjuksköterskan, men även för att någon som inte tidigare träffat patienten ska kunna använda den för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas (29).

Ehnfors et al. beskriver vikten av noggrann dokumentation som en av de nödvändiga förutsättningarna för att genomföra individualiserad omvårdnad som grund för utvecklings-

och förändringsarbete (30). Dokumentationen medvetandegör problem och är väsentlig för att åtgärda och utveckla patientvården i positiv riktning (23, 30). En god journalföring kan medverka till att patientsäkerheten förbättras och att omvårdnadsarbetet blir synligt, att kommunikationen förbättras och att muntliga rapporteringstider minskar (30).

Patientjournalen är, förutom en informationskälla för patienten, en uppgiftsskyldighet enligt lag och betydelsefull för utveckling av verksamheten och för forskning (29).

Dokumentationen kan utgöra stöd för undervisning och i handledning samt även möjliggöra forskning (30).

Postoperativt är det intensivvårdssjuksköterskans ansvar att bedöma, behandla och utvärdera patientens illamående eller kräkningar. Intensivvårdssjuksköterskan bör arbeta preventivt för god postoperativ återhämtning, skapa kontinuitet och trygghet genom dokumentation av biverkningar och komplikationer. Vid överflyttning till andra avdelningar är dokumentationen ett viktigt redskap som främjar att patientsäkerheten bibehålls (31).

TEORETISK REFERNSRAM

Kolcabas komfortteori

Enligt Kolcabas komfortteori bör patienten uppleva fysisk, psykisk, socialkulturellt komfort samt en behaglig omgivning för att uppnå fullständigt välbefinnande. Medicinska problem som till exempel elektrolytrubbningar och nedsatt syresättning resulterar i fysiskt obehag. Patienten behöver få behandling eller lindring mot de fysiska obehagen för att kunna uppnå fysiskt välbefinnande. Sjuksköterskan har till uppgift att identifiera patientens behov för att uppnå välbefinnande och utforma en lämplig åtgärd utifrån patientens behov. Vidare menar Kolcaba att den förmodade åtgärden ska utföras i en omvårdande handling och sedan utvärderas för att bedöma om åtgärden gav resultat. Ett sätt att utvärdera om åtgärden har varit framgångsrik är att jämföra med hjälp av poäng innan och efter åtgärden har utförts. Åtgärder som är lyckade resulterar i ett ökat välbefinnande hos patienten, i förlängningen får han/hon en bättre hälsa genom egenvård så kallat "Health Seeking Behaviour" (HSB). En egenvård där patienten själv tar ansvar för sin hälsa och är aktiv i sin behandling resulterar i en bättre funktionsstatus (32). Patienten tar egna initiativ och blir stärkt till att engagera sig i sin rehabilitering, vilket resulterar i en snabbare läkning. I förlängningen bidrar det till att både patienten och sjuksköterskan blir tillfredsställda med vården (32, 33). När sjuksköterskan hjälper patienten att uppnå ökat välbefinnande, det vill säga lindra illamåendet, orkar patienten ta egna initiativ till rehabilitering. Det kan innebära att patienten klarar av att mobilisera sig, dricka och därmed återhämtar sig snabbare.

Omvårdnadsdiagnoser

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) har i över 40 år klassificerat och namngett olika omvårdnadsdiagnoser (34).

NANDA:s omvårdnadsdiagnosfilosofi är uppbyggd kring omvårdnadsprocessen. Grundtanken är att sjuksköterskor bedömer patienten för att identifiera aktuella eller potentiella hälsorelaterade problem på basis av kliniska slutsatser som fastställer mål för omvårdnaden. Därefter bör en handlingsplan utformas för att lösa eller förebygga identifierade hälsoproblem (35, 36).

Enligt McFarland innebär omvårdnadsdiagnoser ett tydligt fokus för de åtgärder som sjuksköterskan behöver tillämpa för att förbättra patientens tillstånd. Diagnostiseringen är en del i den problemlösande process, som är uppdelad i fem olika delmoment, som sjuksköterskan utför (37).

Bedömning av patienten behövs för att fastställa till exempel vad för riskfaktorer patienten har eller för att utvärdera responsen av en redan insatt sjuksköterskeåtgärd eller medicinsk behandling. En definierad omvårdnadsdiagnos ger en tydlig plan till vilka åtgärder som ska sättas in i det specifika sammanhanget för att uppnå den ämnade målsättningen. Utförande av planerade åtgärder ska dokumenteras och texten bör innehålla vad som utförs, när det utförs, datum samt sjuksköterskans signatur (37).

Specifika omvårdnadsåtgärder innebär fortsatt insamlande av information, stöd, övervakning och samarbete med övrig hälso-och sjukvårdspersonal. Utveckling och resultat av insatt åtgärd bör vara mätbar utifrån olika aspekter av patientens hälsotillstånd. Ny datainsamling och resultat från övervakning samlas in för utvärdering om åtgärderna har infriat de förväntade målsättningarna eller inte (31, 37). Diagnostiken är inte bara ett mål i sig utan ett medel för att uppnå förbättringar hos patienten (35). För att kunna arbeta enligt McFarland och Kolcabas teori är en noggrann dokumentation nödvändig. Dokumentationen är sjuksköterskans främsta verktyg för att utvärdera olika ordinationer, behandlingsformer och omvårdnadsåtgärder för att bedöma om de haft avsedd effekt (32, 37).

Problemformulering

Trots förebyggande medicinsk behandling är det fortfarande många patienter som drabbas av PONV. Det kan resultera i medicinska komplikationer vilket medför ökade samhällsekonomiska kostnader och minskat välbefinnande för patienten.

Intensivvårdssjuksköterskans bör arbeta preventivt för god postoperativ återhämtning och det ligger därför i hans/hennes ansvar att bedöma, behandla och utvärdera PONV.

Dokumentation av biverkningar och komplikationer såsom PONV bibehåller kontinuitet och patientsäkerhet vid överflyttning till andra enheter samt utgör ett verktyg för kvalitetssäkring och forskning. Tidigare forskning har visat att det förekommer bristfällig dokumentation av PONV på postoperativa enheter. Vi vill därför undersöka hur PONV dokumenteras och följs upp postoperativt samt se om dokumentationen överensstämmer med patientens egen erfarenhet.

SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka dokumentation av PONV i patientjournalen samt samstämmigheten mellan intensivvårdssjuksköterskans dokumentation och patientens erfarenhet av PONV.

METOD

Design

Mixed methods med deskriptiv kvantitativ design valdes i denna tvärsnittstudie för att jämföra självrapporterad data från patienter med data från patientjournalen. Enligt Morse används mixed methods när det inte går att separera de båda studierna från varandra. Här används två kvantitativa metoder i form av datainsamlingsformulär samt deduktiv kvantitativ innehållsanalys för att granska patientjournalen (38).

Urval

Studien kommer att utföras på Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU/S) och Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) genom konsekutivt urval av 200 patienter. Tillstånd kommer att inhämtas av berörda verksamhetschefer och vårdenhetschefer.

Inklusionskriterier

- Patienterna har genomgått buk- eller gynekologisk kirurgi den senaste veckan och vårdats minst 24 timmar postoperativt på sjukhuset
- Patienter > 18 år

Exklusionskriterier

- Patienter som inte förstår eller inte kan göra sig förstådd på svenska
- Patienter som inte kan föra sin egen talan eller lider av demenssjukdom
- Patienter med cancer som metastaserat

Datainsamling

Eftersom det inte finns en datainsamlingsformulär för studiens syfte har ett formulär utarbetats och testats i en pilotstudie (v.g. se Bilaga 1).

I fas I samlas kvantitativ patientdata i ett datainsamlingsformulär genom att besvara ja- och nejfrågor (del I, bilaga 5). I fas II sker datainsamling genom att granska patientjournalen för att se om dokumentation av eventuella omvårdnadsåtgärder eller administrering av analgetika utförts enligt datainsamlingsformulär (del II) (39).

Innan studien genomförs får deltagarna både skriftlig och muntlig information om studiens syfte. De kommer även att få information att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att

avbryta sitt deltagande innan bearbetning av data påbörjats, samt möjlighet att ställa frågor om studien. Deltagarna måste godkänna medverkan i studien genom ett skriftligt samtyckesformulär innan studien påbörjas. Studiedeltagarnas personnummer kommer att inhämtas tillsammans med svaren till frågorna i del I på datainsamlingsformuläret. För att jämföra patienternas svar med intensivvårdssjuksköterskornas dokumentation kontrolleras den elektroniska och den postoperativa pappersjournalen. Data antecknas i del II på datainsamlingsformuläret. Kodlista kommer upprättas för att avidentifiera persondata från datainsamlingsformulären samtidigt som kompletterande data kan inhämtas från patientjournalerna.

Del I av datainsamlingsformuläret består av tre till fem frågor beroende på studiedeltagarnas svar (v.g. se Bilaga 1). Frågorna kommer att besvaras muntligt, i ja- eller nejform, av deltagarna medan en forskningssjuksköterska antecknar svaren. Studiedeltagarna kommer att bli tillfrågade på vårdavdelning 2 – 7 dygn postoperativt.

Del II av datainsamlingsformuläret kommer att besvaras, efter att del I är genomförd, genom granskning av elektronisk journal och den postoperativa pappersjournalen. Journalgranskningen kommer att undersöka intensivvårdssjuksköterskans dokumentation om förekomst av illamående och kräkning, omvårdnadsåtgärder samt åtgärder i form av administrerade läkemedel i syfte att lindra illamående. Uppföljning och effekt av åtgärder kommer att granskas i elektronisk journal och pappersjournal. Givna läkemedel och omvårdnadsåtgärder, i syfte att förebygga och lindra illamående pre- peri- och postoperativt kommer att granskas.

Journalanteckningar under alla sökord kommer att granskas men främst dokumentation under sökordet nutrition. Omvårdnadsåtgärder i syfte att lindra patientens illamående kan förekomma under olika sökord. De omvårdnadsåtgärder som intensivvårdssjuksköterskan i journaltext motiverade som åtgärd mot illamående/kräkning inkluderades i studien.

Dataanalys

Data har analyserats i SPSS, version 22 (Statistical Package for the Social Sciences). I föreliggande pilotstudie har enbart beskrivande statistik genomförts och resultaten presenteras i form av procentandelar. I en kommande fullskaliga studie där ett större antal observationer planeras att ingå (n=200) avses att testa samstämmighet mellan journaldokumentation av PONV och självskattade datainsamlingsformulär, det vill säga hur stor andel av den självskattade förekomsten av PONV också är rapporterad i patientjournalen. I dessa analyser avses att pröva samstämmigheten huvudsakligen i korstabeller genom Chi² (chi Square).

Pilotstudie

Pilotstudier utförs inte bara för att testa metoden utan även för att testa om metoden kan besvara studiens syfte. Data från studien kan till exempel belysa om urvalet var adekvat för att kunna dra lämpliga slutsatser (38).

I pilotstudien inkluderades 20 patienter enligt angivna inklusions- och exklusionskriterier. Deltagarna, som utgjorde ett bekvämlighetsurval tillfrågades på en vårdavdelning 2 – 7 dygn efter genomgången kirurgi samt hade övervakats på en postoperativ enhet.

Patienterna som tillfrågades var inskrivna på en vårdavdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Innan pilotstudien genomfördes inhämtades tillstånd från vårdenhetscheferna på de berörda vårdavdelningarna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Forskningsetiska överväganden

Etiskt godkännande för pilotstudier på vårdavdelningar krävs inte av studenter eftersom de inte omfattas av etikprövningslagen (39). Tillstånd hos vårdenhetschefer har inhämtats för pilotstudie (v.g. se Bilaga 3).

Innan fullskaliga studien genomförs kommer det att ansökas om etiskt godkännande från etikprövningsnämnden. Därefter kommer tillstånd inhämtas från verksamhetschefer och vårdenhetschefer på de berörda avdelningarna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs sjukhus.

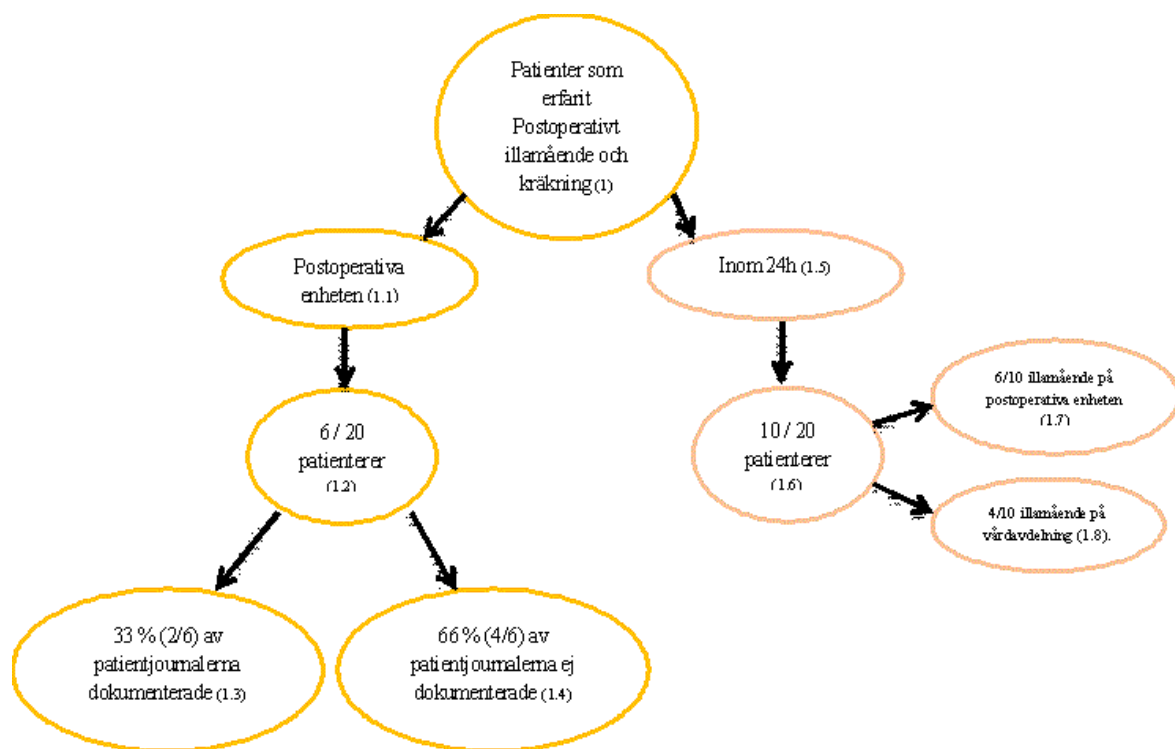
Deltaganandet i studien kommer att vara frivilligt och deltagarna kan innan bearbetning av data påbörjats, avbryta sin medverkan utan att behöva ange någon anledning. Patienten kommer att erhålla muntlig och skriftlig information om studien och tillvägagångssätt samt underteckna ett samtyckesformulär innan inklusion i studien. Deltagarna har inga direkta fördelar att delta i studien.

Personlig data i form av personnummer och patientjournaler kommer att granskas för studiens syfte. Personnummer kommer att behövas för att koppla rätt patient till rätt data. Aidentifiering av patientdata kommer att utföras när personnummer inte längre behövs. Forskningsmaterial med persondata kommer att förvaras inlåst, så att obehöriga inte kan få tillgång till materialet. Journalanteckningar för det aktuella tillfället kommer att granskas med risk för att annan information är möjlig att utläsa.

RESULTAT

Av totalt 20 studiedeltagare hade 50 % (10/20) förekomst av PONV inom 24 timmar. Förekomst av PONV inom 24 timmar var 55 % (6/11) bland kvinnor och bland män var förekomsten 44 % (4/9). Deltagarnas medianålder var 71,5 år (range 22 - 83), varav 11 kvinnor.

Förekomst av PONV (Postoperative Nausea and Vomiting)



Figur 2. Fördelningen av studiedeltagare med förekomst av PONV (Postoperative Nausea and Vomiting) på postop. respektive inom 24 timmar.

Studien visade att 30 % (6/20) erfor PONV på den postoperativa enheten [figur 1.2], vilket ökade till 50 % (10/20) på vårdavdelningen [figur 1.6].

Dokumentation av PONV (Postoperative Nausea and Vomiting)

Deltagare

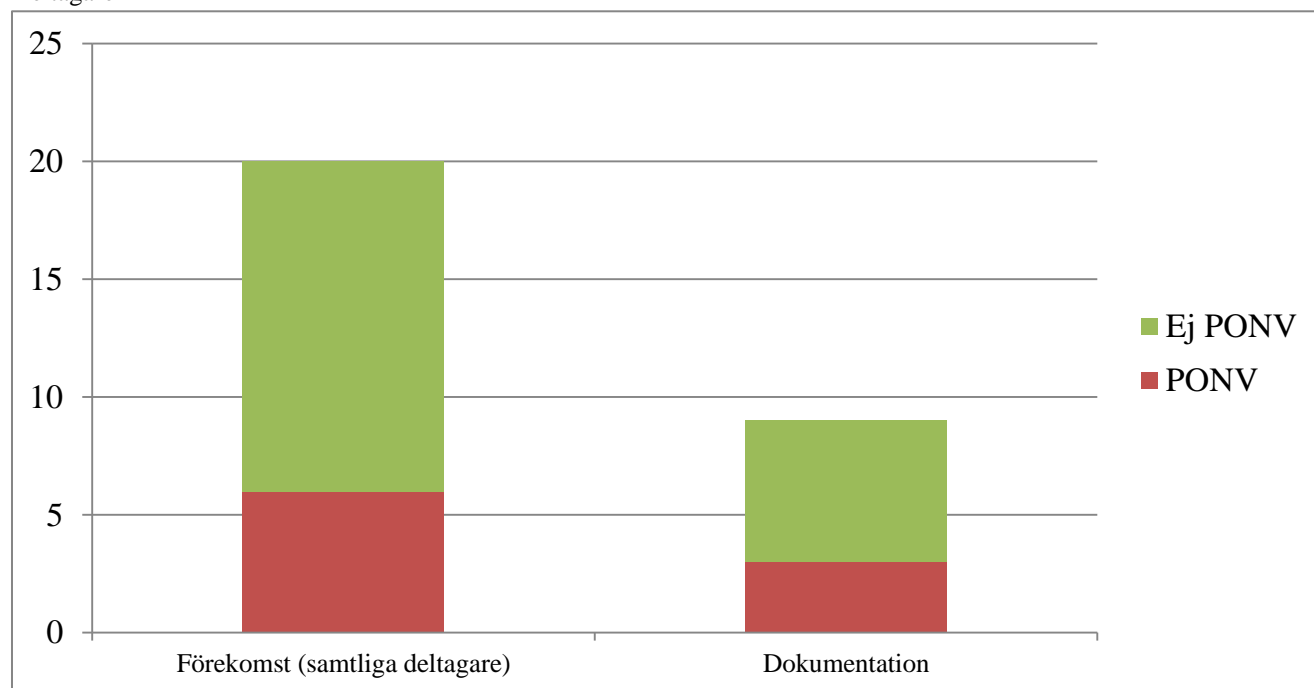


Fig. 3 Förekomst av och inte förekomst av PONV(Postoperative Nausea and Vomiting) på den postoperativa enheten jämfört med intensivvårdssjuksköterskornas dokumentation av PONV.

I 45 % (9/20) av alla granskade patientjournaler hade det dokumenterats om förekomst oavsett om deltagarna erfor PONV eller inte.

Av de deltagare som erfor PONV var det dokumenterat i 50 % (3/6) av patientjournalerna. Av 14 patienter som inte erfor PONV på den postoperativa enheten var det dokumenterat i 43 % (6/14) av patientjournalerna.

Fyra studiedeltagare erfor inte PONV på den postoperativa enheten, men mådde senare illa eller kräktes på vårdavdelningen. I två av dessa fyra journaler saknades dokumentation om de erfor PONV eller inte.

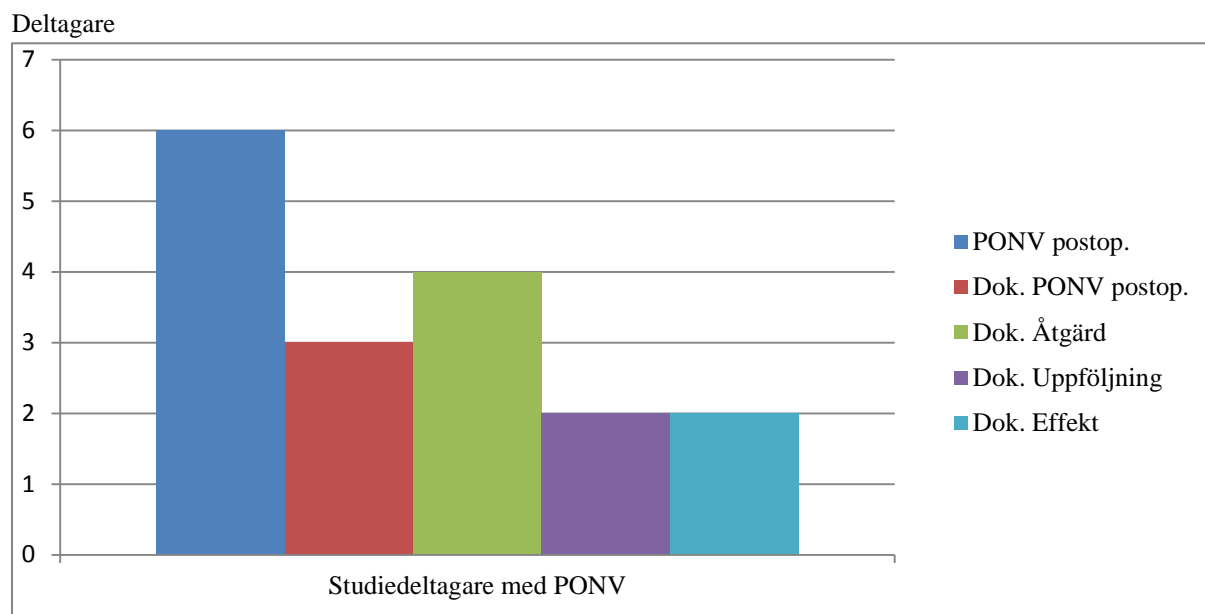


Fig. 4 Intensivvårdssjuksköterskans dokumentation avseende förekomst, åtgärd, uppföljning och utvärdering av given åtgärd, i relation till hur många deltagare som erfor PONV på postop.

Av de deltagare som erfor PONV fanns det dokumenterats i hälften (3/6) av journalerna på den postoperativa enheten. Dokumenterade åtgärder mot PONV fanns i 67 % (4/6) av patientjournalerna hos de studiedeltagare som erfor PONV. Hos hälften (2/4) av deltagarna som erhöll åtgärd mot PONV hade ingen utvärdering av insatt åtgärd utförts.

Förebyggande av PONV (Postoperative Nausea and Vomiting)

85 % (17/20) av deltagarna erhöll antiemetika pre- eller perioperativt enligt patientjournal. Samtliga studiedeltagarna (10/20) som erfor PONV på den postoperativa enheten eller inom 24 timmar erhöll antiemetika pre-eller perioperativt.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Studiedeltagarna rekryterades av forskarna genom ett bekvämlighetsurval. Författarna var närvarande och samlade in data enligt ett datainsamlingsformulär tills pilotstudiens mål med 20 deltagare var uppfyllt. Ingen av de tillfrågade patienterna avböjde sin medverkan i studien men två deltagare exkluderades på grund av tidigare angivna exklusionskriterier. En av patienterna kunde inte förstå eller tala svenska och den andra patienten hade cancer som metastaserat. Fördelen med datainsamlingsmetoden var att studiedeltagarna inte själva behövde fylla i och skicka iväg svaren, vilket troligtvis bidrog till ett obefintligt bortfall. Vanligtvis tenderar svarsfrekvensen att bli låg när enkäter delas ut som datainsamlingsinstrument (39).

Under datainsamlingsperioden var fler kvinnor än män opererade och inskrivna på den utvalda vårdavdelningen, vilket kan ha bidragit till en högre frekvens av kvinnor i pilotstudien. Studien utfördes på vårdavdelningen för att intensivvårdssjuksköterskornas dokumentation på den postoperativa enheten inte skulle kunna påverkas. Polit et al. menar att deltagarnas beteende kan påverkas av att de medverkar i en studie (39).

Intensivvårdssjuksköterskans dokumentation av PONV skulle kunna påverkas om studien utfördes på den postoperativa enheten, vilket också skulle kunna påverka studiens resultat. Patienterna kunde även vara mer sederade på den postoperativa enheten och därmed förelåg en ökad risk för att de inte skulle vara medvetna om sitt deltagande i studien, vilket kan anses som oetiskt.

Generaliserbarheten i resultatet kan ifrågasättas på grund av lågt deltagarantal. Avsikten med pilotstudien var inte att få fram generaliserbara resultat, utan att testa datainsamlingsinstrumentet inför den fullskaliga studien. Pilotstudiens syfte var att undersöka om den fullskaliga studiens syfte kunde besvaras med hjälp av datainsamlingsinstrumentet. Resultatet av pilotstudien presenteras främst i stapeldiagram för att åskådliggöra dokumentation av PONV. Analys av data utfördes inte enligt Chi-2-test eftersom det inte var användbart i pilotstudien. I den fullskaliga studien med 200 deltagare blir Chi-2-test mer relevant. Pilotstudien visade att datainsamlingsformuläret behövde en kompletterande fråga, om intensivvårdssjuksköterskan hade frågat patienten om han/hon mådde illa. Frågan är tillagd i ett nytt reviderat datainsamlingsformulär (v.g. se bilaga 5). Fördelen med frågan är att se om intensivvårdssjuksköterskan engagerar sig i patientens illamående. Intensivvårdssjuksköterskor kan inte kräva att patienten alltid ska informera om sitt illamående. Patienten kan vara medtagen och därmed inte fullt kapabel att uttrycka sig. Intensivvårdssjuksköterskan har ett ansvar som professionell yrkesutförande att se till att patienten upplever välbefinnande.

En deltagare mindes inte att han var illamående och kräktes på den postoperativa enheten vilket dock framgick av patientjournalen. I pilotstudien inkluderades patienten som en av de deltagare som erfor PONV på den postoperativa enheten.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet visar att i 55 % av de granskade patientjournalerna hade intensivvårdssjuksköterskorna inte dokumenterat om patienterna erfarit PONV eller inte. Det är positivt att det förekom mer dokumentation om administrering av antiemetika än vad som dokumenterats om förekomsten av PONV. Det åskådliggör att PONV uppmärksammas och åtgärdas i en högre grad än det dokumenterats, även om det i enstaka fall inte upptäcktes av intensivvårdssjuksköterskan att en patient mådde illa. Det verkar föreligga en högre risk att drabbas av PONV inom 24 timmar för kvinnor (55 %) jämfört med män (44 %), vilket styrks av studier (1, 5, 8, 19-21) som undersökt riskfaktorer för att utveckla PONV.

Pilotstudiens resultat visar en underdokumentation av PONV då det endast dokumenterats i hälften av patientjournalerna. Det föreligger en risk att alla patienter inte blir tillfrågade om illamående postoperativt, vilket även framgått av tidigare studier. Franck et al. visar att sjuksköterskor endast upptäcker 42 % av alla patienter som erfarit PONV, vilket tyder på att PONV underskattas (4). Frågan är om patienten rutinmässigt tillfrågats om illamående eller inte eller om det är undermåligt dokumenterat. Franck et al. efterfrågar täta standardiserade kontroller av PONV hos patienten, där patienten aktivt blir tillfrågad angående illamående och kräkning. Bedömning av PONV bör göras åtminstone 24 timmar postoperativt (4).

Genom dokumentation medvetandegör sjuksköterskan patientens problem och utför sedan omvårdnadsåtgärder eller administrerar läkemedel. Utförandet ska i sin tur dokumenteras och därefter utvärderas (40). McFarland framhåller betydelsen att utförda åtgärder ska dokumenteras och utvärderas för att veta var i den problemlösande processen sjuksköterskan befinner sig (37). Legitimerade sjuksköterskor är ålagda att dokumentera patientens tillstånd, vilka bedömningar och övervägningar som gjorts samt vilka komplikationer som uppstått under behandlingen (41). Lagen förespråkar att journalföring ska underlätta för personal, som inte tidigare träffat patienten, att använda dokumentationen för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas (40). Om intensivvårdssjuksköterskan dokumenterat vilken antiemetika han/hon givit patienten och utvärderat dess effekt underlättar det för efterträdande sjuksköterska att ge adekvat behandling mot PONV. Sjuksköterskan kan genom dokumentationen utläsa vilket läkemedel som tidigare givits. Det vilket minskar risken för att samma läkemedel som tidigare givits, med utebliven effekt, inte administreras igen. Ny behandling kan prövas vilket kan resultera i att patientens snabbare blir besvärsfri. Vid illamående kan det vara nödvändigt att ge olika antiemetikum eftersom de verkar på olika receptorer som kan orsaka illamåendet (7, 42). Golembiewski et al. visar i sin studie att samma läkemedel inte bör ges i upprepade doser utan preparat bör bytas för att uppnå effektivare resultat (7). Kvarstår illamåendet upplever patienten minskat eller obefintligt

välbefinnande. Kolcaba beskriver i sin komfortteori att välbefinnande är grundläggande för vårdandet. Det föreligger en förväntan hos patienterna att sjuksköterskan ska sträva att öka deras välbefinnande. När sjuksköterskan lyckas att öka välbefinnandet resulterar det i förbättrad HSB (Health Seeking Behaviour). Patienten erhåller effektivare läkning, bättre återhämtning och därmed kortare vårdtider samt lägre återinskrivningsfrekvens (33).

PONV tillsammans med smärta är de vanligaste postoperativa komplikationerna (13). Pilotstudien visar att 30 % besvärades av PONV på den postoperativa enheten för att stiga till 50 % inom 24 timmar postoperativt. Tidigare studier visar en frekvens på 37 % av PONV efter kirurgin, för att morgonen efter stiga ytterligare (43). En central aspekt för att motverka PONV är att skapa ett ökat välbefinnande för patienten. PONV sänker inte enbart patientens välbefinnande utan kan ge upphov till medicinska komplikationer. De båda komponenterna ger upphov till både fysiskt och psykiskt obehag vilket äventyrar patientsäkerheten (44). Idag är det ett känt faktum att patienter drabbas av PONV och att antiemetika vanligen ges pre – eller perioperativt. I pilotstudien erhöll 85 % av deltagarna antiemetika och av dessa erfor ändå 35 % PONV, vilket visar att långtifrån alla blev besvärsfria. Dokumentation är en förutsättning för att kunna bedöma om givna läkemedel haft effekt. Utan dokumentation om förekomst eller icke förekomst av PONV, blir det omöjligt att utvärdera eller förbättra given vård och därmed postoperativ återhämtning. En väl dokumenterad omvårdnad har stor betydelse patientsäkerheten och ökar tryggheten för personalen. Risken för missförstånd minskar eftersom det blir lätt att följa vilka bedömningar och övervägningar som gjorts samt vilka komplikationer som uppstått under behandlingen (40). Medicinska komplikationer leder till minskat välbefinnande och försämrad vårdkvalitet vilket även är kostsamt. Det finns en förhoppning att förbättrad dokumentation kan påverka vårdkvalitet, förebygga medicinska komplikationer och därmed minska kostnader. Slutligen skulle detta också kunna innebära ett ökat välbefinnande för patienten.

Slutsats och implikationer

Pilotstudien visar på bristande dokumentationen om förekomsten av PONV, vilket kan indikera att PONV underskattas. Omvårdnadsdokumentationen behöver utvecklas för att kunna hålla en hög patientsäkerhet och vårdkvalitet, där patienternas välbefinnande bör vara i fokus. Förbättringarna kan utföras i form av:

- Täta standardiserade kontroller, där patienten blir aktivt tillfrågad.
- Illamående/kräkning bör få samma utrymme på observationskurvan såsom VAS-skalan i nuläget har.
- Ett eget svarsalternativ (PONV ja/nej) i den elektroniska journalen där ett obligatoriskt svar krävs.

REFERENSER

1. American Society of PeriAnesthesia Nurses PONV/PDNI Strategic Work Team. ASPAN'S evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDNI. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2006;21(4):230-50.
2. Amponsah G. Postoperative nausea and vomiting in korle bu teaching hospital. *Ghana Medical Journal*. 2007;41(4):181-5.
3. Dienemann J, Hudgens AN, Martin D, Jones H, Hunt R, Blackwell R, et al. Risk factors of patients with and without postoperative nausea (PON). *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2012;27(4):252-8.
4. Franck M, Radtke FM, Apfel CC, Kuhly R, Baumeyer A, Brandt C, et al. Documentation of postoperative nausea and vomiting in routine clinical practice. *Journal of International Medical Research*. 2010;38(3):1034 -41.
5. Koivuranta M, Laara E, Snare L, Alahuhta S. A survey of postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia*. 1997;52(5):443-9.
6. Stadler M, Bardiau F, Seidel L, Albert A, Boogaerts JG. Difference in risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology*. 2003;98(1):46-52.
7. Golembiewski JA, O'Brien D. A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2002;17(6):364-76.
8. Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology*. 1999;91(3):693-700.
9. Borjeson S, Arwestrom C, Baker A, Bertero C. Nurses' experiences in the relief of postoperative nausea and vomiting. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(13-14):1865-72.
10. Watcha MF, White PF. Postoperative nausea and vomiting. Its etiology, treatment, and prevention. *Anesthesiology*. 1992;77(1):162-84.
11. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of Anesthesia*. 2013 Feb;27(1):104-8.
12. Kranke P. Effective management of postoperative nausea and vomiting: let us practise what we preach! *European Journal of Anaesthesiology*. 2011;28(3):152-4.
13. Macario A, Weinger M, Carney S, Kim A. Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. *Anesthesia & Analgesia*. 1999;89(3):652-8.
14. Hill RP, Lubarsky DA, Phillips-Bute B, Fortney JT, Creed MR, Glass PS, et al. Cost-effectiveness of prophylactic antiemetic therapy with ondansetron, droperidol, or placebo. *Anesthesiology*. 2000;92(4):958-67.
15. Greenburg AG, Greenburg JP, Tewel A, Breen C, Machin O, McRae S. Hospital admission following ambulatory surgery. *The American Journal of Surgery*. 1996;172(1):21-3.
16. Linares-Gil MJ, Pelegri-Isanta MD, Pi-Siqués F, Amat-Rafols S, Esteva-Ollé MT, Gomar C. Unanticipated admissions following ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*. 1997;5(4):183-8.
17. Morales R, Esteve N, Casas I, Blanco C. Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital?: Prospective study. *Ambulatory Surgery*. 2002;9(4):197-205.
18. Zulfiquer FA, Pattanayak K. Evaluation of unplanned admission following day surgery at a new surgical centre in London. *Ambulatory Surgery*. 2009;15(4):93-6.

19. Apfel CC, Kranke P, Eberhart LH. Comparison of surgical site and patient's history with a simplified risk score for the prediction of postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia*. 2004;59(11):1078-82.
20. Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, Kovac A, Kranke P, Meyer TA, et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*. 2003;97(1):62-71.
21. Sinclair DR, Chung F, Mezei G. Can postoperative nausea and vomiting be predicted? *Anesthesiology*. 1999;91(1):109-18.
22. Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, Kovac A, Kranke P, Meyer TA, et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia and analgesia*. 2014;118(1):85-113.
23. DeBlieck C, LaFlamme AF, Rivard MJ, Monsen KA. Standardizing documentation for postoperative nausea and vomiting in the electronic health record. *AORN Journal*. 2013;98(4):370-80.
24. Cohen MM, Duncan PG, DeBoer DP, Tweed WA. The postoperative interview: assessing risk factors for nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*. 1994;78(1):7-16.
25. Kovac AL. Update on the management of postoperative nausea and vomiting. *Drugs*. 2013;73(14):1525-47.
26. Valeborg BT. Illamående och kräkningar postoperativt. I: Hovind IL, redaktör. *Anestesiologisk omvårdnad*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2013. s. 117-28.
27. Hinojosa RJ. Nursing interventions to prevent or relieve postoperative nausea and vomiting. *Journal of Post Anesthesia Nursing*. 1992;7(1):3-14.
28. Gunta K, Lewis C, Nuccio S. Prevention and management of postoperative nausea and vomiting. *Orthopaedic Nursing*. 2000;19(2):39-48.
29. SFS 2008:355. Patientdatalag. Stockholm: Socialdepartementet.
30. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken : om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet; 2000.
31. Riksföreningen för anestesi och intensivvård, Svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård 2012 [20131229]. Tillgänglig från: http://www.aniva.se/assets/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf.
32. Kolcaba K. *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Pub. Co.; 2003.
33. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook*. 2001;49(2):86-92.
34. McFarlane EA. *Nursing Diagnosis: Evolving Issues and Trends*. I: McFarland GK, McFarlane EA, redaktörer. *Nursing diagnosis & intervention*. 3 uppl. St. Louis: Mosby; 1997. s. 1-10.
35. Gebbie KM. *Toward the theory Development for Nursing Diagnosis Classification*. I: Kim MJ, Moritz DA, redaktörer. *Classification of nursing diagnoses : proceedings of the third and fourth national conferences*. New York: McGraw-Hill; 1982. s. 8-12.
36. Kirkevold M. I: Kirkevold M, Larsson-Wentz K, redaktörer. *Omvårdnadsteorier : analys och utvärdering*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2000.
37. McFarland GK. *Nursing Diagnosis: The Critical Link in the Nursing Process*. I: McFarland GK, McFarlane EA, redaktörer. *Nursing diagnosis & intervention*. 3 uppl. St. Louis: Mosby; 1997. s. 11-21.

38. Morse JM. Developing grounded theory : the second generation. Walnut Creek, Calif.: Left Coast Press; 2009.
39. Polit DF, Beck CT. Planning a Nursing Study. I: Polit DF, Beck CT, redaktörer. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. 9 uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
40. SOSFS 2008:14. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
41. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska 2005 [20140512]. Tillgänglig från: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.
42. Nelson TP. Postoperative nausea and vomiting: understanding the enigma. Journal of Perianesth Nursing. 2002;17(3):178-87.
43. Parra-Sanchez I, Abdallah R, You J, Fu AZ, Grady M, Cummings K, 3rd, et al. A time-motion economic analysis of postoperative nausea and vomiting in ambulatory surgery. Canadian Journal of Anaesthesia. 2012;59(4):366-75.
44. SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Bilaga 1. Datainsamlingsformulär

Patient(personnummer) ID-kod:

Ålder:.....

Kön: ☐ Man ☐ Kvinna

Del I

1. Mådde du illa på postoperativ avdelning?

☐ Ja ☐ Nej

(om patienten inte mått illa, hoppa till fråga 4)

2. Minns du om sjuksköterskan försökte motverka/åtgärda ditt illamående?

☐ Ja ☐ Nej

3. Upplevde du att du blev hjälpt av dessa åtgärder?

☐ Ja ☐ Nej

4. Har du mått illa/kräks på vårdavdelningen <24 h efter operationen?

☐ Ja ☐ Nej

Del II

5. Finns det dokumenterat om patienten erhållit antiemetika eller omvårdnadsåtgärder mot illamående preoperativt/perioperativt?

☐ Ja ☐ Nej

6. Finns det dokumenterat i Melior/postoperativ journal om patienten mått illa på postoperativ enhet?

☐ Ja ☐ Nej

7. Om patienten **inte** mått illa, finns det dokumenterat i Melior/postoperativ journal?

☐ Ja ☐ Nej

(om patienten inte mått illa, avslutas studien här)

8. Om patienten mått illa finns det dokumenterat i Melior/postoperativ journal om antiemetika har administrerats eller omvårdnadsåtgärder mot illamående har vidtagits?

☐ Ja ☐ Nej

9. Har det utförts någon journalanteckning om uppföljning av illamående?

☐ Ja ☐ Nej

10. Går det att utläsa om patienten erhållit effekt av antiemetika eller omvårdnadsåtgärder mot illamående har vidtagits?

☐ Ja ☐ Nej

Bilaga 2. Sammanställning av studiedeltagare

Deltagare	Kön	Ålder	PONV <24h	PONV postop.	Dokumenterad PONV postop.	Dokumenterat Ej PONV postop.
1	M	50	Ja	Nej	Ja	-
2	K	74	Ja	Ja	Nej	-
3	K	72	Nej	Nej	-	Ja
4	M	74	Nej	Nej	-	Ja
5	M	57	Nej	Nej	Nej	Nej
6	K	73	Ja	Ja	Ja	-
7	M	61	Ja	Ja	Nej	-
8	K	66	Ja	Nej	-	Nej
9	K	22	Ja	Nej	-	Ja
10	K	75	Nej	Nej	-	Ja
11	M	81	Ja	Nej	-	Ja
12	M	71	Ja	Ja	Ja	-
13	K	59	Ja	Nej	-	Nej
14	M	74	Nej	Nej	-	Nej
15	K	83	Nej	Nej	-	Nej
16	M	68	Nej	Nej	-	Nej
17	K	70	Nej	Nej	-	Ja
18	M	72	Nej	Nej	-	Nej
19	K	74	Nej	Nej	-	Nej
20	K	62	Nej	Ja	Nej	-

K = Kvinna

*M =
Man*

Bilaga 3. Informationsbrev till vårdenhetschefer

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor mot intensivvård vid Sahlgrenska Akademien. En del av utbildningen till intensivvårdssjuksköterskor består av ett examensarbete.

Det har visat sig att cirka en tredjedel av alla patienter som opereras drabbas av postoperativt illamående (PONV). Illamåendet och kräkning kan leda till medicinska komplikationer, såsom aspirationspneumoni, dehydrering, elektrolytrubbning, sårruptur som en konsekvens ökat tryck vid kräkning. Det medför även stort obehag för den enskilda patienten. I vetenskaplig litteratur har påvisat brister i sjuksköterskans dokumentation angående PONV. Syftet med vår studie är att jämföra patientens upplevelse av PONV med intensivvårdssjuksköterskans journalanteckningar. Vi vill också se om intensivvårdssjuksköterskan har dokumenterat åtgärder och uppföljning i patientjournalen.

Vi planerar att tillfråga cirka 20 patienter som upplevt illamående postoperativt om de erhållit omvårdnadsåtgärder/antiemetika mot illamående och om de blivit hjälpta. Informationen från patienterna kommer sedan att kontrolleras mot deras postoperativa journal samt i Melior. Journalgranskningen kommer att ske i anslutning till datainsamlingen från patienterna. Innan studien genomförs informeras patienterna om studiens syfte och tillvägagångssätt. Studien bygger på frivilligt deltagande och patienterna kan avbryta när som helst. Aidentifiering av patientdata utförts så att informationen inte kan härledas till någon särskild individ. "

Våra förhoppningar är att resultatet kan leda till ökad kunskap om intensivvårdssjuksköterskans behandling, uppföljning och dokumentation av PONV.

Med vänliga hälsningar
Nathalie Engebretsen och Caroline Green

Nathalie Engebretsen
Intensivvårdssjuksköterskestudent
gusennat@student.gu.se

Caroline Green
Intensivvårdssjuksköterskestudent
gusgreenca@student.gu.se

Åsa Axelsson, Universitetslektor, Göteborgs Universitet
Handledare magisteruppsats
asa.axelsson@fhu.gu.se

Godkännande

Undertecknad vårdenhetschef godkänner härmed att Nathalie Engebretsen och Caroline Green genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Göteborg _____/_____/2014

.....

Bilaga 4. Forskningspersonsinformation

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

Forskning har visat att cirka 30 % av alla individer som blir opererade mår illa eller kräks efter operation. Det kan av många patienter upplevas som obehagligt och i värsta fall medföra vätskeförlust och andra medicinska komplikationer. I dag finns flera olika medicinska och icke- medicinska behandlingar, men trots detta är fortfarande ett stort antal patienter som lider av illamående efter operation. Vi vill i vår studie undersöka om dokumentationen har betydelse för behandlingen och därför ta reda på om intensivvårdssjuksköterskans dokumentation överensstämmer med patientens upplevelse av illamående.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i studien eftersom du har opererats och vårdats på postoperativ avdelning.

Hur går studien till?

Du ombeds att svara på tre till fem ja- och nejfrågor som fylls i på en enkät av de två intensivvårdssjuksköterskestudenter som ansvarar för studien. Därefter kommer vi att utföra en journalgranskning där vi kommer att ta del av sjuksköterskans anteckningar om illamående/kräkning och behandling på den postoperativa avdelningen. För att kunna koppla rätt person till rätt journal kommer vi be dig om ditt personnummer. Efter att journalen undersökts kommer personnumret att raderas och därefter kommer ingen kunna härleda din identitet till enkäten.

Vilka är riskerna?

Vi ser inte att studien medför några risker för dig. Dock är det möjligt att du kan uppfatta det känsligt att ge ut ditt personnummer.

Finns det några fördelar?

Att delta i denna studie innebär inga direkta fördelar för dig.

Hantering av data och sekretess

Vi försäkrar dig om att ditt personnummer inte kommer att lämnas ut och att persondata kommer avidentifieras eftersom det inte är relevant för studiens syfte.

Hur får jag information om studiens resultat?

Du kan få ta del av studiens resultat genom att kontakta ansvariga för studien.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt. Du har när som helst, utan särskild förklaring, rätt att avbryta. Du behöver inte förklara något om du väljer att inte vara med och det kommer inte att påverka din vård.

Ersättning

Ingen ersättning utgår.

Ansvariga

Nathalie Engebretsen

Intensivvårdssjuksköterskestudent

gusennat@student.gu.se

070-6651101

Caroline Green

Intensivvårdssjuksköterskestudent

gusgreen@student.gu.se

070-3764221

Handledare

Åsa Axelsson

Universitetslektor, Göteborgs Universitet

asa.axelsson@fhu.gu.se

ilaga 5. Reviderat datainsamlingsformulär

Patient(personnummer) ID-kod:

Ålder:.....

Kön: ☐ Man ☐ Kvinna

Del I

1. Mådde du illa på postoperativ avdelning?

☐ Ja ☐ Nej

2. Minns du som sjuksköterskan frågade om du mådde illa?

☐ Ja ☐ Nej

(om patienten svarade nej på fråga 1, hoppa till fråga 5)

3. Minns du om sjuksköterskan försökte motverka/åtgärda ditt illamående?

☐ Ja ☐ Nej

4. Upplevde du att du blev hjälpt av dessa åtgärder?

☐ Ja ☐ Nej

5. Har du mått illa/kräkts på vårdavdelningen <24 h efter operationen?

☐ Ja ☐ Nej

Del II

6. Finns det dokumenterat om patienten erhållit antiemetika eller omvårdnadsåtgärder mot illamående preoperativt/perioperativt?

☐ Ja ☐ Nej

7. Finns det dokumenterat i Melior/postoperativ journal om patienten mått illa på postoperativ enhet?

☐ Ja ☐ Nej

8. Om patienten **inte** mått illa, finns det dokumenterat i Melior/postoperativ journal?

☐ Ja ☐ Nej

(om patienten inte mått illa, avslutas studien här)

9. Om patienten mått illa finns det dokumenterat i Melior/postoperativ journal om antiemetika har administrerats eller omvårdnadsåtgärder mot illamående har vidtagits?

☐ Ja ☐ Nej

10. Har det utförts någon journalanteckning om uppföljning av illamående?

☐ Ja ☐ Nej

11. Går det att utläsa om patienten erhållit effekt av antiemetika eller omvårdnadsåtgärder mot illamående har vidtagits?

☐ Ja ☐ Nej